FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1967

N° 148

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

par

COEN, Abram, Albert,

Né le 3 Juillet 1934, à Alexandrie (Egypte)

Présentée et soutenue publiquement le

INTRODUCTION A L'ENTRETIEN PSYCHIATRIQUE

L'ORIENTATION NON DIRECTIVE OU CENTRÉE SUR LE CLIENT.

Président : Mr. P. PICHOT, Professeur.

DUPUYTREN-COPY
9, Rue Dupuytren
Paris (6e)
1967

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1967 N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

par

COEN, Abram, Albert,

Né le 3 Juillet 1934, à Alexandrie (Egypte)

Présentée et soutenue publiquement le

INTRODUCTION A L'ENTRETIEN PSYCHIATRIQUE

L'ORIENTATION NON DIRECTIVE OU CENTRÉE SUR LE CLIENT.

Président : Mr. P. PICHOT, Professeur.

DUPUYTREN-COPY
9, Rue Dupuytren
Paris (6e)
1967

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543920_0005

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. ALAJOUANINE (T.), AUBIN (A.), BENARD (H.), BINET (L.), BULLIARD (H.), CATHALA (J.), CHABROL (E.), CHAILLEY-BERT (P.), DEBRE (R.), FEY (B.), GALLIARD (H.), GAUDART d'ALLAINES (F. de), GENNES (L. de), HALPHEN (E.), HAZARD (R.), HEUYER (G.), LAROCHE (G.), LAVIER (G.), LELONG (M.), LEVY-SOLAL (E.), LIAN (C.), MARCHAL (G.), MATHIEU (P.), MONOD (R.), MOREAU (R.), MOULONGUET (P.), PASTEUR VALLERY-RADOT, PETIT-DUTAILLIS (D.), PIEDELIEVRE (R.), QUENU (J.), RENARD (G.), RICHET (C.), SENEQUE (J.), STROHL (A.), TANON (L.), VERNE (J.).

DOYEN..... Georges BROUET

1er ASSESSEUR :..... Daniel BARGETON
2me ASSESSEUR :..... Jean GOSSET

I.- PROFESSEURS

1°)- CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a)- Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie et cytologie pathologiques	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Bactériologie et virologie	TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.)
- -	POLONOVSKI (J.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	MALMEJAC (J.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Biophysique médicale	BUGNARD (L.)
- -	DOGNON (A.)

MM.

Biophysique médicale	DJOURNO (A.)
Cancérologie médicale et sociale	DENOIX (P.)
Chimie pathologique	SCHAPIRA (G.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Génétique fondamentale	LEJEUNE (J.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	COURY (Ch.)
Histologie	GIROUD (A.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
- -	KUSS (R.)
- -	VERNE (J.-M.)
Pathologie exotique	N...
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	LAROCHE (Cl.)
- -	BRICAIRE (H.)
- -	PEQUIGNOT (H.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	N...
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
-	LEVY (Mlle J.)
Physiologie	BARGETON (D.)
-	PARROT (J.)
Physiologie et pathologie obstétricales	LEPAGE (F.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	CAUCHOIX (J.)
Thérapeutique	CONTE (M.)
Thérapeutique appliquée	LAMOTTE (M.)

b)- Professeurs à titre personnel :

Anatomie anthropologique	OLIVIER (G.)
Anatomie pathologique	NEZELOF (Ch.)
Bactériologie	BARBIER (P.)

MM.

Biochimie médicale ..... (DESGREZ (P.)
(DREYFUS (J.-Cl.)
Biologie médicale ..... BOURLIERE (F.)
Histologie ..... COUJARD (R.)
Parasitologie ..... LARIVIERE (M.)
Pathologie expérimentale ..... (LOEPER (J.)
(RICHET (G.)
Physiologie ..... DEJOURS (P.)
SCHERRER (J.)
Physique médicale ..... (KELLERSHOHN (L.)
(GOUGEROT (L.)
(ROUCAYROL (J.-Cl.)
(TUBIANA (M.)
Radiologie médicale ..... FISCHGOLD (H.)

2°)- CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a)- Professeurs titulaires :

MM.

Clinique carcinologique chirurgicale (Necker) ..... REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais) ..... SOULIE (P.)
- - (Boucicaut) ..... LENEGRE (J.)
Cliniques chirurgicales (Beaujon ..... LORTAT-JACOB (J.-L.)
(- ..... N...
(Cochin ..... LEGER (L.)
(Hôtel-Dieu ..... PATEL (J.)
(Saint-Antoine ..... GOSSET (J.)
(Salpêtrière ..... SICARD (A.)
(Tenon ..... OLIVIER (Cl.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin) ..... MERLE D'AUBIGNÉ (R.)
- - - (Foch) ..... PADOVANI (P.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades) ..... FEVRE (M.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais) ..... DUBOST (Ch.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laënnec) ..... MATHEY (J.)
Clinique dermatologique (Saint-Louis) DUPERRAT (F.)
Clinique endocrinologique (Pitié) ..... DECOURT (J.)

MM.

Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades) ..... LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca) ..... HUGUIER (J.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis) ..... DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades) ..... TURPIN (R.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard) ..... MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne) ..... DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker) ..... HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais) ..... BERNARD (J.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière) ..... CASTAIGNE (P.)

Cliniques médicales
- (Bicêtre ..... DEPARIS (M.)
- (Broussais ..... MILLIEZ (P.)
- (Cochin ..... BROUET (G.)
- (Hôtel-Dieu ..... BARIETY (M.)
- (Lariboisière ..... SEZE (S. de)
- (Pitié ..... DREYFUS (G.)
- (Saint-Antoine ..... KOURILSKY (R.)
- (Saint-Antoine ..... BOUDIN (G.)

Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat) ..... DEBRAY (Ch.)
Clinique médicale infantile et pédiatrie sociale (Enfants-Malades) MARIE (J.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais) ..... JUSTIN-BESANÇON (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu) ..... DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié) ..... DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière) ..... GARCIN (R.)

Cliniques obstétricales
- (Baudelocque ..... LACOMME (M.)
- (Saint-Antoine ..... MERGER (R.)

Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal) ..... VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu) ..... OFFRET (G.)
- - (Cochin) ..... BREGEAT (P.)

Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière) ..... AUBRY (M.)

MM.

Clinique de pédiatrie ..... MOZZICONACCI (P.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul) ..... THIEFFRY (S.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laënnec) ..... BERNARD (E.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière) ..... MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin) ..... COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Salpêtrière) ..... DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard) ..... ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine) ..... LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique ..... GAULTIER (M.)
Clinique traumatologique et orthopédique (R.-Poincaré) ..... JUDET (R.)
Clinique urologique (Cochin) ..... ABOULKER (P.)
- - (Necker) ..... COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau) ..... LAPLANE (R.)
Séméiologie médicale (A. Chantin) ..... DOMART (A.)
- - (Lariboisière) ..... BOUVRAIN (Y.)
- - (Pitié) ..... RAMBERT (P.)
- - (Rothschild) ..... WOLFROMM (R.)
Séméiologie et clinique chirurgicales (Broussais) ..... POILLEUX (F.)

b)- Professeurs à titre personnel :

Hématologie ..... (ANDRÉ (R.)
(BOUSSER (J.)
Hydrologie et climatologie ..... GIBERTON (A.)
Maladies infectieuses ..... BASTIN (R.)
Médecine ..... (AZERAD (E.)
(BOUR (H.)
(GROSSIORD (A.)
(LAMBLING (A.)
(LAUNAY (Cl.)
(PAYET (M.)
(PERRAULT (M.)
(SIGUIER (F.)
(WORMS (R.

MM.

Neuro-chirurgie	LE BEAU (J.)
Neurologie	LHERMITTE (F.)
Neuro-psychiatrie	PICHOT (P.)
Oto-rhino-laryngologie	MADURO (R.)
Pédiatrie	POLONOVSKI (Cl.)
	ROYER (P.)
Pneumo-phtisiologie	KREIS (B.)
	MEYER (A.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)

II.- PROFESSEURS SANS CHAIRE

MM.

Anatomie	CABROL (Ch.)
Anatomie pathologique	GOUYGOU (Ch.)
Anesthésiologie	VOURC'H (G.)
Bactériologie	CHRISTOL (D.)
Biochimie médicale	CARTIER (P.)
	GONNARD (P.)
Biologie médicale	HARTMANN (L.)
Hématologie	BILSKI-PASQUIER (G.)
Maladies infectieuses	DUPONT (V.)
Physique médicale	COURSAGET (J.)
	GREMY (F.)
Physiologie	GIRARD (Fr.)
Stomatologie	CHAPUT (Mme A.)
Thérapeutique	CHASSAGNE (P.)

III.- PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr.s.Ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. Ch.

IV.- PROFESSEUR ASSOCIÉ

Statistique médicale et épidémiologique	SCHWARTZ (D.)

MM

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)
Conseillers administratifs	Mlle CHAINTREUIL (C.) M. FAYE (R.)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateurs	Mlles DUMAITRE (P.), LAURENT (H.), LE NOIR (G.)
Bibliothécaires	Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlles DUROZOY (M.-F.), ROBERGE (D.), Dr. SCHILLER (J.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FEMME

A MON FILS

A MES PARENTS

A MES BEAUX-PARENTS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR P I C H O T

Qui nous a fait l'honneur de
présider notre thèse et
accueillir favorablement
notre modeste travail.

INTRODUCTION A L'ENTRETIEN EN PSYCHIATRIE.

(L'ORIENTATION NON DIRECTIVE OU CENTRÉE SUR LE CLIENT)

P L A N

= INTRODUCTION.

I - REFLEXIONS SUR L'ENTRETIEN PSYCHIATRIQUE.

1- Difficultés de l'entretien psychiatrique.

La position "clinicoïde".
L'interrogatoire-questionnaire.

2- Aspects institutionnels de l'interrogatoire psychiatrique.

= Le statut et le rôle du malade mental.

- Le fou n'est pas un malade comme les autres.

"Les névrotiques"
"Les psychotiques".

- Le fou est un malade comme les autres.

= Le statut et le rôle du psychiatre.

3- La relation intersubjective.

= Les obstacles de médiatisation.

= La disponibilité du thérapeute.

- L'intention thérapeutique.
- L'attention à l'autre.
- L'option sujet - objet.
- La rencontre.

4- Les attitudes dans l'entretien.

A- Les attitudes mettant en jeu l'initiative du thérapeute.

1- L'attitude estimative.
2- L'attitude interprétative.
3- L'attitude exploratrice.
4- L'attitude rassurante.

B- L'attitude d'accueil.

1- Point de vue d'APPEL.
2- Point de vue de FIEDLER.

5- La rencontre.

= La parole.

Que dit le malade.
Que répond le thérapeute.

= L'attitude corporelle.

6- L'entretien authentique.

II - CONDUITE DE L'ENTRETIEN PSYCHIATRIQUE.

A- Le climat psychologique de l'entretien.

1- L'attitude du thérapeute :

= Ce qu'elle n'est pas : science
théorie
technique.

= Ce qu'elle est : attitude compréhensive.

Comment s'exprime l'attitude compréhensive:

- si la communication porte sur des faits,
- si la communication porte sur des sentiments,
- si la communication porte sur des attitudes,
- l'examen physique.

2- L'atmosphère.

A- La sécurité.
B- La chaleur.

B- Le déroulement de l'entretien.

a- Dans l'espace.

b- Dans le temps :

Phase initiale ou phase d'étonnement,
Phase intermédiaire ou de réajustement,
Phase terminale.

C- Analyse du contenu.

Les trois plans : temporo-spatial
relationnel
réactionnel.

Les deux registres.

D- Schème d'analyse.

= Que comporte la communication :

1- L'organisation perceptive
2- L'organisation cognitive.

= Comment le dit-il :

1- L'aspect réactionnel : a- verbal
b- méta-verbal.
2- L'aspect non verbal : la "Gestalt-tonique".

= Pourquoi le dit-il.

= Sur quels éléments s'effectue la dissociation.

III - LIMITES DE L'ENTRETIEN CENTRÉ SUR LE CLIENT.

Limites tenant au thérapeute.

Limites tenant au client.

Limites tenant à la relation.

Place de l'entretien dans le projet thérapeutique.

Entretien dans le cadre hospitalier.

IV - ENTRETIEN avec Melle L...

- Remarques préliminaires.
- Entretien avec Melle L...

CONCLUSIONS.

BIBLIOGRAPHIE.

I N T R O D U C T I O N

L'entretien psychiatrique n'est pas un entretien comme les autres. Il met en jeu un couple complémentaire et réciproque, dont chaque élément réagit à la représentation qu'il se fait de l'autre.

Il possède une finalité propre : celle de poser une indication thérapeutique, compte tenu des capacités résiduelles de changement.

Le sens de cette situation ne devient apparent qu'après une analyse lucide de la relation interpersonnelle, puisque l'entretien vise à connaître le malade dans sa relation avec le thérapeute hic et nunc.

Tout le problème consiste donc à trouver l'attitude la plus favorable pour permettre à cette relation de s'établir, et par cela même favoriser la communication du sujet avec lui-même et autrui.

L'attitude du thérapeute sera-t-elle du domaine de l'initiative ou de l'accueil ? La direction de l'entretien lui revient-elle ou doit-il la laisser au malade ? Utilisera-t-il pour ce faire l'interrogatoire-questionnaire ou fera-t-il appel à une atmosphère non structurée ? En somme, comment favoriser la rencontre ?

Celle-ci est symptomatique de la considération positive portée à l'autre vécu, non comme objet de connaissance, mais comme sujet du dialogue.

La rencontre devient alors possible, animée par

l'intention thérapeutique ; elle est attention et disponibilité, volonté de communication, ouverture de dialogue, rupture de la solitude, rétablissement du lien, en un mot : désaliénation.

L'entretien psychiatrique devient un entretien comme les autres entre deux partenaires existentiels engagés dans le même processus thérapique dont il représente le premier jalon.

- I -

REFLEXIONS SUR L'ENTRETIEN PSYCHIATRIQUE

I- DIFFICULTES DE L'ENTRETIEN PSYCHIATRIQUE.

Si la situation d'entretien est banale et quotidienne, il n'en demeure pas moins qu'elle a une importance capitale. C'est une opération difficile, pour laquelle ni malade ni médecin ne sont préparés.

Le malade, dans notre culture où "le moi est haïssable", éprouve beaucoup de difficultés à parler de lui sans se réduire à une fonction, un organe, une "chose" minée par la maladie, quand ce n'est pas l'ombre du dualisme qui resurgit dans le : "Docteur, c'est le moral qui ne va pas...".

C'est dire qu'il se prête bien plus volontiers à un examen physique qu'à un entretien psychiatrique dont l'objet est le sujet lui-même, celui-ci se retranchant derrière les stéréotypes habituels : les problèmes personnels n'ont aucun intérêt du point de vue médical, cela ne peut concerner ni intéresser le médecin. D'ailleurs, il n'éprouve pas le besoin d'en parler et n'oserait, de toute façon, pas le faire.

De son côté, le médecin apprend, tout au long de ses études, à être distant de son malade, dans un souci d'objectivité qui se veut scientifique. Il exclut donc volontairement toute implication dans un dialogue qui pourrait concerner le malade plutôt que la maladie.

Au début des études médicales, l'anatomie s'apprend sur un cadavre (1) : un malade mort qu'on dissèque. Ce premier rituel s'inscrit dans la prise de recul et la banalisation du malade, de la maladie et de la mort.

---

(1)- DELAY et PICHOT - Abrégé de Psychologie médicale à l'usage de l'Etudiant.- Note 1, p. 421.

Par la suite, l'enseignement de la clinique s'adresse à des fonctions différentes. On apprend, lors de l'examen clinique, à dialoguer avec l'organe malade. Cet examen lui-même procède d'un "ordre hiérarchique". Bref, tout vise à une étude analytique de la maladie, en évitant, dans un esprit synthétique, d'aborder l'homme malade.

La position "clinicoïde". (1)

Elle repose sur la "tranquille et réconfortante objectivité des choses".

Ce qui intéresse le "psychiatre clinicoïde", c'est d'accumuler toute une luxuriance de signes qu'il pourra ordonner en un modèle se rapprochant le plus possible des schémas nosologiques habituels.

Son but est donc la recherche du "symptôme caractéristique pathognomonique" (1) lui permettant d'établir un diagnostic.

Tout est permis, depuis la reviviscence des délires jusqu'aux constructions les plus imaginaires induisant le comportement du malade.

L'interrogatoire-Questionnaire.

Il explore, par l'intermédiaire d'une série d'items ordonnés en "fonctions", selon une hiérarchie préétablie, de façon analytique, permettant la recherche des "symptômes décrits par les bons auteurs," le malade se réduisant à la maladie, elle-même devenant "l'objet" de la connaissance objective du thérapeute. Le questionnaire a en outre l'avantage, étant très structuré et rigidement préétabli, de ne rien laisser à l'improvisation et la fantaisie. Bannissant toute spontanéité, évitant tout écart au malade qui devient plus ou moins complice dans le processus de chosification.

---

(1)- BONNAFÉ- La raison nº 27 : Le personnage du psychiatre.

Il en résulte que l'interrogatoire-questionnaire est avant tout mise à distance et protection du médecin contre "le fou qui conserve toujours quelque chose d'effrayant, qu'on se l'avoue ou pas". (1)

"L'aliéniste clinicoïde" devient aliénant, augmentant l'isolement et l'aliénation de son malade. L'interrogatoire-questionnaire devient méconnaissance, indifférence. Entre le médecin et son malade s'interpose le bouclier du diagnostic, protégeant le premier, confinant le second dans sa situation paranoïde. Il est rejeté par la seule personne qui aurait pu le comprendre.

L'entretien a échoué ; il s'est converti en monologue où chacun des deux interlocuteurs croit avoir communiqué, comme dans les drames d'Ionesco, où chacun parle tout seul pensant avoir dialogué, se disant avec Emerson : "Vos pensées crient si fort que je n'entends pas ce que vous me dites".

On assiste ainsi au "pourrissement du dialogue" (2) qui peut devenir violence, agressivité réciproque, masquant plus ou moins bien une angoisse réciproque et mal contrôlée de l'insensé. Ce rapport devient lutte fratricide, aboutissant à la rupture du lien interhumain par chosification volontairement néantissante du malade.

La parole devient une arme terrible, où les mots enrobés d'hostilité se font la guerre.

La communication absente, vécue en termes de conflit compétitif, dégénère en drame de l'incompréhension : "Caïn parla à Abel ; Caïn se leva et tua Abel" (Genèse 8-4).

---

(1)- H. EY - La Revue du Praticien. Introduction à l'étude de l'hystérie.

(2)- A. NEHER - Moïse. Ed. du Seuil.

II- ASPECTS INSTITUTIONNELS DE L'ENTRETIEN PSYCHIATRIQUE.

> "And we have learned that when two people talk together, what they say depends not only upon what they want to tell each other but also upon what they think of each other".
>
> American Handbook of Psychiatry
> Silvano ARIETI - N.Y.

L'entretien psychiatrique met en scène un couple complémentaire et réciproque, dont chaque partenaire a, dans un contexte socio-culturel déterminé, un statut et un rôle définis.

Chacun attend donc légitimement, en fonction de l'idée qu'il se fait du rôle de l'autre, un certain comportement répondant à un stéréotype social.

La relation médecin-malade est une relation socialement verticale. Tout, dans ce rapport, dans son fond et sa forme, va refléter l'idée que chacun se fait du statut et du rôle de l'autre.

Il se trouve qu'actuellement ce statut et ce rôle sont en pleine mutation. Toute la difficulté de cette relation vient du fait qu'on possède un modèle culturel de l'aliéniste et de l'aliéné, qui ne correspond plus exactement à la présente situation du psychiatre désaliéniste et de son malade désaliéné. Il en résulte que tout le monde, y compris les intéressés eux-mêmes, finit par s'y perdre.

1- LE STATUT ET LE RÔLE DU MALADE MENTAL.(1)

A- Le fou n'est pas un malade comme les autres.

On considère qu'il existe deux catégories de malades mentaux, qui ne sont que le reflet de la to-

---

(1)- J. DELAY et P. PICHOT - Abrégé de Psychologie à l'usage de l'étudiant.- Masson, 1962, p. 408.

lérance du milieu :

- les "névrotiques",
- les "psychotiques".

a)- Les "névrotiques"

Ce sont ceux qu'on peut à la rigueur tolérer et qu'on juge en termes moraux : ceux qui "manquent de volonté, se laissent aller, ne font pas assez d'efforts". En un mot, ceux dont le "moral" est atteint et que, faute de mieux, on range dans la catégorie des malades de mauvaise foi, qui manquent de franchise.

On finit par mettre le diagnostic de névrose à tout ce qui est atypique, ne fait pas sa preuve : au fonctionnel, là où la science semble tenue en échec. Il s'agit d'un diagnostic péjoratif, aussi peu satisfaisant pour le médecin que pour le malade, car c'est une maladie qu'on ne peut démontrer physiquement.

Il est intéressant de noter que la Sécurité Sociale hésite à prendre en charge un traitement psychothérapique de longue durée, que, par ailleurs - indépendamment de toute motivation doctrinaire -, les soins psychothérapiques sont des plus onéreux. Tout se passe comme si la Société sanctionnait sévèrement ce mal.

b)- Les "psychotiques"

Les psychotiques sont ceux dont on a peur et dont il faut se protéger. Pour eux, le problème est bien plus simple. Etant insensés, c'est la Société qui les prend en charge complètement en les aliénant. Ils seront parqués hors des villes, auront droit à l'asile, logement, nourriture, vêtements, argent de poche et cigarettes. Ils sont désormais étrangers à ceux qui les contraignent de se faire soigner, le législateur, dans sa philanthropie, les ayant rendus d'abord dangereux pour eux-mêmes et ensuite pour autrui.

Le psychotique a droit à l'aide totale. Il bénéficie facilement des congés de longue durée et s'assi-

mile à un invalide.

B- Le fou est un malade comme les autres.

Il est exempté de responsabilités et a droit à l'aide : sa maladie est involontaire. Il a l'obligation de guérir, donc de coopérer à la thérapeutique. Il risque de perdre ce droit s'il ne suit pas les prescriptions médicales.

2- LE STATUT ET LE RÔLE DU PSYCHIATRE.

Il a d'abord été un fonctionnaire aliéné avec son malade hors des murs de la cité, garant de sa réjection et sa ségrégation, complice de la Société dont il est le garde-fou. Mais bientôt s'est dégagé un nouveau personnage, un super-technicien de la relation, qui a compris que le remède est avant tout le médecin (1), que sa fonction est essentiellement désaliénante, que ce qu'il protège n'est pas la Société, mais le Fou, incompris. Il s'affirme dans le refus de toute complicité, de toute compromission. Son attitude est avant tout "intention anti-ségrégative et anti-rejective". (2)

Son prestige est énorme, puisque médecin et malade y ont recours. Son pouvoir n'en est que plus renforcé. Son savoir concerne un aspect assez inconnu et donc inquiétant des maladies de la "tête", des "nerfs" et du "moral". Il n'a pratiquement pas d'instrument en dehors de la parole.

Ce qu'on lui demande c'est, comme à tout médecin : d'abord et avant tout, la conscience professionnelle, garante de la confiance du client. Ce critère

---

(1)- BALINT (M.) - Le médecin, son malade et la maladie.- P.U.F., 1960.

(2)- BONNAFE (L.)- Sur la perspective psychiatrique et le statut anthropologique de la Folie. - L'Information Psychiatrique, Mars 1965, Nº 3.

vient, dans la statistique de l'I.F.O.P. (1) concernant les Français et leur médecin, en tête avec l'exactitude du diagnostic et le dévouepement. Ce qu'on attend du médecin, c'est avant tout qu'il donne un peu de sa personne et de son temps, d'être apte à comprendre les autres sans les juger.

En un mot, le psychiatre est avant tout un sujet qui traite le malade en sujet.

III- LA RELATION INTERSUBJECTIVE.

> "...Médecin et malade, hommes tous les deux, sont unis par le destin. Ni technicien pur, ni autorité pure, le médecin est une existence au service d'une autre, un être humain éphémère avec son semblable. Il n'est plus de solutions définitives.
>
> "...De là vient que la suprême relation du médecin avec son malade est une communication existentielle qui dépasse toute thérapeutique, c'est-à-dire tout ce qui peut être organisé ou méthodiquement mis en scène.
>
> "...Ce ne sera que si les deux interlocuteurs engagent l'un et l'autre leur personne que peut survenir ce qui ne saurait être le résultat d'un effort professionnel, le même dans tous les cas...".
>
> K. JASPERS - "De la Psychothérapie".

Elle s'établit dans le couple médecin - malade sur le contrat thérapeutique où ces deux personnes, communiquant à des niveaux différents, s'accordent dans la perspective de guérir.

Le thérapeute peut être authentique, "congruent". Il est en tout cas distant du problème posé par le ma-

---

(1)- SONDAGES - Revue Française de l'opinion publique, 22e année, 1960, Nº 1 et 2, et Le Concours Médical, du 16 Mai au 26 Décembre 1959, Nº 20, 23, 24, 36, 45, 50, 51, 52.

lade et émotionnellement neutre. (1) Le malade est au centre du problème, le vit intensément, ne peut prendre du recul : il est anxieux, vulnérable.

Il en résulte des niveaux de disponibilité différents, permettant au médecin une relation immédiate, et au malade uniquement une relation médiatisée par la maladie. Elle agit à la fois comme paravent, écran distordant et comme bouclier protecteur, carcan où le moi se trouve enkysté.

1- LES OBSTACLES DE MEDIATISATION.

- L'impossibilité de s'actualiser ici et maintenant. Tout se passe comme si l'hypothèque du passé non ou mal intégré ôtait toute disponibilité dans le présent.

- La sensibilisation particulière aux figures du passé parasite toute connaissance objective, distordant la perception du réel dont l'appréhension devient difficile.

- Le sujet, prisonnier de sa mémoire, se répète constamment.

- Le trouble est immanent dans tout ce que dit ou fait le malade. Il transparaît dans son comportement amplifiant la redondance.

L'aliénation apparaît donc avant tout comme "connaissance impossible", fermeture au monde, d'où le repliement, l'introversion, le rétrécissement de l'horizon, la rétraction, en un mot la myopie du malade, qui ne peut regarder que son moi ébranlé dans un narcissisme défensif, exacerbé, qui est avant tout quête effrénée d'amour, d'appréciation.

Il en résulte une grande recherche de dépendance vis-à-vis du thérapeute, qui caractérise bien l'é-

---

(1)- ROGERS définit la congruence comme étant l'accord entre l'expérience vécue et l'image de soi.

tat de régression où se trouve confiné le malade,mais en même temps une nécessité d'autonomie, d'où les alternatives de proximité et de distance qui impriment un mouvement au dialogue.

"La relation d'entretien réalise, semble-t-il, une relation où les termes contradictoires se trouvent en présence : proximité et éloignement, vivacité et liberté de rythme, intimité et impersonnalité, rapport personnel et "distance" professionnelle, compréhension et non expression de la sympathie". (1)

2- LA DISPONIBILITE DU THERAPEUTE.

Elle est symptomatique de l'intention thérapeutique et se manifeste par l'attention accordée au malade.

L'intention thérapeutique

"Guérir parfois, soulager souvent, consoler toujours".

A. PARE

Elle est avant tout volonté de compréhension, désir d'entrer en contact, d'établir une relation. Elle débouche sur la rencontre de ce déviant. Elle devient implication désaliénante, recherche de sens.

Cette intention est avant tout disponibilité sécurisante pour le malade. Le médecin paraît alors s'interposer entre le malade et sa maladie. Il est essentiellement un personnage protecteur, ce qui favorise l'établissement de rapports affectifs. C'est ainsi que le malade cherche inconsciemment à se protéger contre cette réalité menaçante, par la fuite dans le passé: "Il fait une régression psychique plus ou moins profonde selon la force de son moi - il la fait toujours -, dans le but inconscient de retrouver la protection de ceux qui jadis veillaient sa vie et

---

(1)- P.W. YOUNG - Interviewing in Social Work. N.Y., 1935.

sa sécurité lorsqu'il était petit et faible". (1)

L'attention à l'autre.

Elle commence par l'attitude d'écoute et aboutit à la connaissance de l'autre dans sa relation à soi. Qu'est-ce que je représente pour l'autre, dans mon rôle et au-delà ? Comment l'autre se réajuste-t-il à moi ? Dans quelle mesure notre relation l'aide-t-elle à se connaître ?

Mais elle est aussi écoute de soi dans sa relation avec le malade : mon implication limite ma disponibilité, mes affects ne sont pas toujours positifs. Pourquoi ne suis-je pas prêt à l'entendre, à le recevoir, à l'accepter ? Cela est mon problème dont l'autre n'est pas responsable.

L'option sujet-objet.

Ainsi le malade n'est plus un objet de connaissance, mais un sujet par rapport auquel le thérapeute se situe : "Cessant de prendre ce dernier comme "objet" de traitement, il entre avec lui en communication".(2)

La relation thérapeutique devient alors une relation comme les autres, entre deux partenaires existentiels à part entière. "Dès le moment où l'autre entre en rapport, il cesse d'être un "cela" pour accéder à la dignité d'un tu". (3) Car, "ce qui est décisif, c'est le ne-pas-être-objet".

La rencontre.

Alors devient possible la rencontre entre le je et le tu. "C'est en devenant un je que je permets à l'autre d'être tu". (2) C'est dire la responsabilité

---

(1)- NACHT - La Présence du Psychanalyste, p. 141.

(2)- K. JASPERS - De la Psychothérapie.

(3)- M. BUBER - Je et Tu.- Dans "La Vie en dialogue." Aubier, Editions Montaigne.

qui incombe au médecin dans la relation interpersonnelle avec le malade, et l'obligation d'adopter l'attitude la meilleure, permettant l'émergence d'un dialogue authentique.

La relation thérapeutique résulte alors de l'interaction médecin-malade, entre lesquels ne s'interposent ni rôle social, ni doctrine, ni technique. C'est le prototype même de la relation humaine, où c'est l'attitude du thérapeute qui devient le facteur même de la thérapie.

IV- LES ATTITUDES DANS L'ENTRETIEN.

PORTER (1), un disciple de ROGERS, a dressé une typologie des différentes attitudes du thérapeute pendant l'entretien, cette attitude étant symptomatique de l'idée qu'il se fait du malade et sa façon de réagir.

A- LES ATTITUDES METTANT EN JEU L'INITIATIVE DU THERAPEUTE.

1- L'attitude estimative,

où le thérapeute porte un jugement sur le client, comment il pourrait ou devrait se comporter.

Elle est une mise en question de l'autre, susceptible d'être inquiétante.

2- L'attitude interprétative,

où le thérapeute fait apparaître la signification sous-jacente à la manière d'être de l'autre.

Elle est vécue comme menaçante, en contradiction avec les tendances à l'indépendance et la responsabilité individuelle.

---

(1)- G.H. PORTER, 1950 - An Introduction to therapeutic counceling.- Boston, Houghton, Mifflin.

Cela ne fait qu'accroître ses défenses, son inquiétude et son état de dépendance.

3- L'attitude exploratrice.

Elle vise à obtenir des informations supplémentaires et, pour ce faire, adopte la forme interrogative.

Si le thérapeute a été obligé d'obtenir ces précisions, c'est que le client n'a pas été capable de percevoir tous les éléments du problème, ce qui augmente angoisse et attitude de défense.

4- L'attitude rassurante.

Elle consiste à soulager l'angoisse du client en banalisant son cas et le réintégrant dans la statistique : le sentiment qu'il éprouve n'est pas justifié : "C'est normal, tout le monde passe par les mêmes étapes.. ; ça ira mieux la prochaine fois". Ici, la dépendance se substitue à l'autonomie.

B- L'ATTITUDE D'ACCUEIL.

L'attitude compréhensive cherche à comprendre "de l'intérieur" la perspective du client telle qu'elle est vécue par lui, à saisir le ton affectif et personnel de la communication, et faire comprendre qu'on a saisi.

La compréhension empathique vise donc la signification vécue de ce que dit le client, la nature du sentiment véritablement éprouvé.

Si le thérapeute arrive à exprimer ce que dit et ressent le client, en ses propres termes, c'est que le client vaut la peine d'être compris.

D'autres auteurs ont cherché l'attitude la plus efficace dans la relation thérapeutique.

APPEL (1) souligne la nécessité de :

- la confiance dans une personne (le médecin qui apporte l'aide),
- l'atmosphère de compréhension,
- la possibilité d'expression des problèmes,
- la possibilité de faire cet exposé en dehors du cadre logique du récit,
- la possibilité d'abréaction de pulsions dans le langage,
- la mise en question de l'image de soi.

FIEDLER (2) enfin, comparant les méthodes de thérapeutes d'obédience freudienne, adlerienne, et non directive, remarque que la relation thérapeutique est négative quand le thérapeute a une attitude :

- de punition,
- de rejet,
- d'absence de respect,
- de relation impersonnelle et froide,
- de réprimande,
- de charme,

traite l'autre comme un enfant.

La relation thérapeutique est au contraire positive quand le thérapeute :

- participe à ce que dit le sujet,
- reste dans la ligne de pensée du sujet,
- est apte à comprendre les sentiments du sujet,
- essaie de comprendre les sentiments du sujet,
- l'indique par le ton de sa voix,
- est apte à partager les sentiments du sujet.

Le sujet est considéré comme collaborateur égal dans la solution du problème.

---

(1)- Cité dans Abrégé de Psychologie à l'usage de l'Etudiant. J. DELAY et P. PICHOT - Masson, 1962, p. 548.

(2)- F.E. FIEDLER - 1950 - A comparison of therapeutic relationship in psychoanalytic non directive and Adlerian therapy.- J. of Consult. Psycho. 14, 436-445.

En définitive,

"Si le malade est en situation de tension conflictuelle, si l'atmosphère est permissive, si le respect fondamental en la capacité de l'individu est assuré , alors le conflit se résout, l'initiative se développe et la confiance aussi".

"Le but de la thérapeutique est de créer les conditions dans lesquelles le sujet est à même de faire, d'expérimenter et d'accepter le diagnostic des aspects psychologiques de son inadaptation". (ROGERS). (1)

V- LA RENCONTRE.

Elle s'établit par la parole et l'attitude corporelle.

1- LA PAROLE.

"Au commencement était la parole".

JEAN I.

"Au début était la relation".

M. BUBER

La parole est le lieu de rencontre du thérapeute avec le malade. C'est par la parole que celui-ci exprime son symptôme : c'est également par la parole que celui-là exprime sa compréhension de l'autre qui aboutit à la thérapie.

Le thérapeute est présent dans l'entretien. Son attitude d'écoute attentive est significative de son intention thérapeutique. Elle a déjà une valeur désaliénante. "L'être-là" du thérapeute induira la présence de l'autre, momentanément absent dans la communication.

---

(1)- Cité dans l'Entretien psychologique. Nahoum , P.U.F.-

= Que dit le malade ?

Il parle selon des normes sociales ; sa parole est déjà aliénée par son sexe, son rôle, son statut de demandeur. Elle est un masque derrière lequel se cache le sujet. Il parle à la première personne : "Moi - Je"... Il exprime sa subjectivité et ses défenses. Cette information est "grosse de sens stratifiés". Pour se faire connaître et comprendre, il donne une série d'éclairages sur son passé, sur son histoire.

En vertu du principe de la "référence immanente", chaque mot en appelle un autre, chaque situation en évoque une autre. Ainsi se découvrent petit à petit les liens où il s'est enchaîné. La parole devient dévoilement de la vérité du sujet qui dit ce qu'il connaît de son monde.

Le comportement locutoire étant un comportement symbolique, il permet le catharsis du sujet qui parle. Les mots pleins de résonance affective vont donner naissance à tout un méta-langage, un langage émotionnel, le plus subjectif des langages, qui n'arrive pas à s'exprimer selon les normes conventionnelles.

= Que répond le thérapeute ?

"Toute parole appelle une autre". (LACAN)

Cette réponse, pour être effective, doit répondre au désir du sujet de se faire re-connaître par l'autre.

C'est pourquoi le thérapeute va refléter dans son propre langage les paroles du sujet et leur charge affective, c'est-à-dire les sentiments contenus dans la communication. Informant le sujet sur lui-même, ses attitudes, ses structures mentales (c'est-à-dire les valeurs, normes, événements, personnes).

---

(1)- E. AMADO LEVY-VALENSI - Vérité et langage. Du dialogue platonicien au dialogue psychanalytique. Le Psychanalyste, Nº 1.

En définitive, ce centrage sur le sujet et non le problème permet d'augmenter la communication avec le thérapeute et aussi du sujet avec lui-même. Il arrive ainsi à se rendre compte plus clairement de ses attitudes et en cherche leurs motivations.

La parole que le thérapeute reflète sert d'inducteur au dévoilement du moi en feed-back. Ainsi est rétablie la communication du sujet avec le monde.

C'est donc par la parole que le sujet, non seulement crée son monde et le reconnaît comme tel, mais aussi rétablit par ce biais sa présence au monde. Présence déjà manifestée par son corps, sa "gestalt-tonique".

2- L'ATTITUDE CORPORELLE.

Si la rencontre passe par la parole, elle passe également par le regard qui permet de percevoir la présence de l'autre. Ainsi s'établit-il un dialogue corporel, un "dialogue-tonique" où se dévoile la réaction du sujet par rapport à un autre sujet inducteur. Ce comportement tonique exprime alors ce que représente l'autre pour moi et ce que je veux qu'il perçoive en moi. Il est donc intentionnalité.

Mais l'autre, c'est aussi l'intermédiaire avec le monde, et ainsi s'exprime la signification que le malade donne aux objets, à autrui.

L'aliénation est avant tout une dialectique de la présence et de l'absence. L'intention thérapeutique est de rendre présent l'aliéné par le regard, le sourire, la mise au diapason de l'émotion qu'exprime l'attitude et sa verbalisation. La"Gestalt-tonique" étant comme le méta-langage une ponctuation affective du discours qu'elle précède ontogénétiquement.

La rencontre tonique passe par le regard, le sourire. Elle est l'expression des affects perçus dans l'attitude de l'autre.

La rencontre devient alors effective. Elle est rétablissement de présence et valorisation de cette présence, puisque le sujet perçu prend un sens pour l'observateur. Ainsi, la parole et la"Gestalt-tonique"conduisent à la désaliénation qui débute dans l'entretien authentique.

VI- L'ENTRETIEN AUTHENTIQUE.

"Puissè-je paraître jusqu'à être".
GOETHE

"L'amour d'un objet quel qu'il soit est fils de sa connaissance."
Léonard de VINCI

"Connais-toi toi-même".
SOCRATE

L'entretien thérapeutique étant foncièrement asymétrique , il incombe au thérapeute la responsabilité de désaliéner le rapport médecin-malade, de dépasser le niveau d'apparence dans la rencontre pour permettre à l'autre d'exister en toute réciprocité. Le moteur de l'entretien est cet éternel feedback régulateur en fonction de l'attitude du thérapeute. C'est dire qu'il doit être conscient de son rôle inducteur et tâcher d'être le plus "aseptique" possible.

En disant vraiment ce qu'il perçoit et les sentiments que l'autre évoque en lui, le thérapeute personnalise son rôle, en le dépassant et en s'impliquant lui-même. D'où la nécessité d'être vigilant vis-à-vis des sentiments ou conflits personnels que l'autre éveille en lui en sachant que l'autre n'y est pour rien, que c'est lui qui est en cause et demande donc à être explicité.

Cette "co-présence" s'exprime par le langage corporel et verbal, sans que jamais il n'y ait de contradiction entre ce qui s'exprime et ce qui se vit. En faisant l'effort d'être moi, je permets à l'autre d'être dans la même latitude de franchise et de spontanéité. C'est-à-dire que je le confirme com-

me partenaire à part entière dans le dialogue.

L'intention thérapeutique devient alors intention éducative. L'entretien psychiatrique, entretien éducatif où la politique du médecin est le "non-agir", "non-imposer". Tout son art consiste à rechercher, dans le discours du client, le lien entre sa parole et son geste, son histoire et sa situation actuelle, sa demande et son désir, le sujet et son monde.

La thérapie devient ouverture, restauration du lien, rétablissement de la parole, réouverture du dialogue.

- II -

CONDUITE DE L'ENTRETIEN

A- LE CLIMAT PSYCHOLOGIQUE DE L'ENTRETIEN.

Il dépend de l'attitude du thérapeute et de l'atmosphère qui en résulte.

1- L'ATTITUDE DU THERAPEUTE.

"L'attitude qu'on a envers l'autre joue un rôle très significatif dans la façon dont autrui en vient à s'évaluer lui-même." (1)

Ce qu'elle n'est pas :

a)- Un savoir.

Le thérapeute est avant tout, pour le malade, le "sujet supposé savoir" (LACAN). En fait, il doit être extrêmement vigilant pour ne pas se laisser prendre au jeu du client et exercer sa "fonction apostolique", c'est-à-dire du fait de son pouvoir et son autorité, résoudre le conflit de façon directive à la place du client. Il doit, dans un effort de lucidité, être conscient du fait qu'il sait qu'il ne sait pas.

b)- Une formation intellectuelle et une théorie.

Au contraire, l'expérience prouve que plus la communication du thérapeute est empreinte de verbalisme et de charabia scientifique, moins il porte sur le client et plus grande est la barrière entre les deux.

c)- Une technique.

Elle n'est pas une recette qui s'applique de façon standardisée. Cela voudrait dire que le

---

(1)- PORTER - An Introduction to therapeutic counceling.

client est une "chose anonyme" et non spécifique qu'on manipule selon un mode d'emploi déterminé à l'avance, selon une orientation idéologique.

Ce qu'elle est :

Authenticité, permissivité, transparence, c'est-à-dire non défensivité devant ses propres sentiments, dans sa relation avec le client, et surtout non judicativité de celui-ci.

Elle est aussi acceptation du client, intention et désir de le connaître. L'intérêt que je lui témoigne s'exprime par l'attention que j'accorde non à la maladie mais au malade.

La relation est avant tout le témoignage de respect et de confiance totale du thérapeute dans les possibilités de guérison du malade. Ce n'est donc pas une relation autoritaire. L'entretien est centré sur le malade et non la maladie.

Elle est enfin essai de découverte de la signification du monde du client, de son expérience, afin de le mieux percevoir "de l'intérieur". En un mot, elle est compréhension empathique. Si ces principes sous-tendant l'attitude du thérapeute sont perçus par le client, alors s'établit la communication et le processus thérapeutique est enclenché.

Nous voyons donc que l'attitude se situe non au niveau de l'Avoir, mais au niveau de l'Etre. Ce qu'elle exprime, c'est "l'être-là", "l'être-avec" du thérapeute à travers son rôle et le dépassant dans sa personne.

Il en résulte que les valeurs agies par le thérapeute sont intro-jectées par le client, ce qui diminue son angoisse et ses défenses qui sont du reste respectées.

Comment s'exprime l'attitude compréhensive

La réponse-reflet

> "Et de plus, tout ce qui est vécu ne trouve-t-il pas son plein achèvement dans le phénomène de l'écho et du retentissement, base même de tout mouvement de sympathie au sens étymologique du terme, de toute compréhension mutuelle, de toute pénétration inter-humaine qui font le sens même de la vie, de même que de toute solidarité foncière avec la vie de l'humanité et du monde".
>
> MINKOWSKI - Le Langage et le Vécu.

L'essentiel est que le client se sente compris et accepté sans être jugé. C'est dire que c'est à lui que revient la direction de l'entretien et que le thérapeute n'a pas besoin de poser de questions. Il agit en catalyseur permettant au malade de se mieux connaître dans sa rencontre avec lui, ici et maintenant.

Le thérapeute communique au client ce qu'il perçoit de lui et soumet cette perception à son approbation.

Il est donc attentif à la communication du client, dont il cherche à appréhender le vécu, c'est-à-dire l'élément affectif ainsi que le cadre de référence où se place le sujet.

- Ce qui importe, ce ne sont pas les faits, mais les sentiments exprimés, révélant la perception qu'a le sujet de son moi et de son expérience.

- Si la communication porte sur les faits : (1)

La simple réitération des derniers mots de la communication permet au sujet de repartir sur sa pen-

---

(1)- Pour tout ce qui concerne la pratique de l'entretien centré sur le client, on se reportera à l'ouvrage de ROGERS et Marion KINGET : Psychothérapie et Relations humaines, volume II. Publications Universitaires de Louvain - Béatrice Nauwelaerts, Paris, 1965.

sée et l'approfondir, dans un climat de sécurité favorable à la détente et la baisse des barrières défensives du moi, comme l'avait déjà montré DEUTCH dans son "Anamnèse associative".

Ailleurs, la répétition pour le thérapeute aura le même effet.

- Si la communication porte sur des sentiments, ou est empreinte d'une participation affective importante, il importe d'extraire le sentiment dominant, en résumant la situation. Il s'agit donc ici d'éclaircir le fond du problème et la signification personnelle du sentiment vécu.

- Enfin, si l'exploration interne dévoile des attitudes, contradictoires ou ambivalentes, l'élucidation est alors nécessaire. Il s'agit d'une déduction qui ressort non de ce que dit le sujet, mais du sens sous-jacent à sa communication. Elle se rapproche donc de l'interprétation.

De toute façon, on n'introduira jamais les éléments du cadre de référence du thérapeute.

Le souci majeur du thérapeute est de se demander si sa réponse est empathique, authentique et fait preuve de compréhension.

En définitive, si cette compréhension nécessite une précision, à ce moment, rien n'empêche le thérapeute de poser une question, si elle est perçue comme nécessaire pour son information ; par exemple : "Voyons, je n'ai pas très bien compris"... ou "Laissez-moi vous dire si c'est bien cela que vous avez voulu exprimer...".

- L'examen physique :

Il a évidemment aussi sa place dans l'entretien psychiatrique, puisqu'il permet de mieux comprendre le "cas" du sujet, et il vient replacer dans la perspective médicale traditionnelle cet entretien, rassurant le sujet qui l'attend toujours.

Rien n'interdit, toujours dans la même optique de compréhension, de demander les examens complémentaires, si besoin en est, pour augmenter l'information du thérapeute et non comme prétexte pour retarder sa relation avec le malade.

2- LE CLIMAT PSYCHOLOGIQUE DE L'ENTRETIEN.

L'ATMOSPHERE.

> "Qu'il s'agisse du cabinet du thérapeute ou de toute autre situation interpersonnelle, une atmosphère ne peut être guère thérapeutique que si elle est imprégnée de sécurité et de chaleur".
>
> G. Marion KINGET

Pour ROGERS, l'atmosphère de l'entretien est un élément fondamental, surtout au début de la relation, du fait de l'angoisse du malade face à un thérapeute qu'il ne connaît pas et qui représente quelque chose de plus que le médecin habituel, car il est spécialiste en psychiatrie avec toutes les images d'Epinal que cela représente. Il s'ensuit la nécessité d'une atmosphère de sécurité et de chaleur.

A- La sécurité.

Elle est indispensable pour diminuer l'angoisse inhérente à l'état de régression dans lequel se trouve le malade devant son thérapeute. C'est la perception de l'absence de menace du moi, dans l'absence de jugement, qui permettra au sujet de s'exprimer plus librement et d'essayer de reconquérir graduellement une tendance à l'autonomie durant l'entretien.

Si le client se sent en sécurité, il peut plus aisément évoquer le problème en cause. Ainsi la relation thérapeutique devient à la fois un facteur sécurisant et un problème à résoudre, car c'est sur ce fond de sécurité que se détachera mieux le conflit à résoudre qui autrement n'aurait pu émerger.

Cette sécurité est une réponse à l'attitude du

thérapeute. Celui-ci respecte le client et ses mécanismes de défense qu'il n'ébranle pas par des questions. Il sécurise le malade par le miroir qu'il lui tend, l'obligeant à s'approfondir chaque fois davantage et à prendre ainsi conscience de son autonomie face au thérapeute. Il n'est en définitive qu'un accompagnateur et l'alter-ego du client, permettant une perception narcissique du moi, dans ses aspects cognitifs et perceptifs, étape fondamentale de toute relation avec autrui : cette exploration narcissique du moi ne peut se faire que si elle se développe dans une atmosphère sécurisante dépourvue d'angoisse et de culpabilité.

Elle est une étape nécessaire au changement de la personnalité et à la solution au conflit. Le client, libéré de son angoisse, peut alors analyser ses mécanismes de défense et les utiliser de façon adaptée.

B- La chaleur.

La disponibilité du thérapeute n'est pas seulement intellectuelle, elle doit aussi être affective. Tout le problème, pour lui, consiste à être présent dans la relation, c'est-à-dire ne plus être un écran objectif, neutre et distant, mais, par la constante analyse de ses réactions à l'égard du patient, tout son art consiste à doser la part d'affectivité nécessaire au développement d'une relation interpersonnelle optimale. Elle répond ainsi au besoin du client d'être accepté dans son unicité, c'est-à-dire d'être aimé de façon non possessive.

C'est sur l'attitude du thérapeute que se fonde, en dernière analyse, l'atmosphère thérapeutique. Cet accord entre mimique, ton, expression corporelle devient un stimulus déterminant chaleur et sécurité et la perception de cette attitude détermine chez le malade une mise à l'aise, une détente qui devra se remarquer au fur et à mesure que l'entretien se déroule (et pourrait même se mesurer par l'augmentation du volume de la communication).

B- LE DEROULEMENT DE L'ENTRETIEN.

a- Dans l'espace. (1)

L'atmosphère de sécurité et de chaleur ne dépend pas seulement des relations interpersonnelles, mais aussi du cadre dans lequel se déroule cet entretien. La valeur thérapeutique des relations spatiales est, en effet, fondamentale.

Le face à face, où le thérapeute se trouve derrière son bureau, déclenche inhibition ou agressivité, nécessité donc de contrôler ces situations par une disposition côte à côte. SULLIVAN a montré que la qualité de la relation est meilleure lorsque le thérapeute est assis à angle droit ou à 45° avec le malade. Nous retrouvons ici la même nécessité pour le malade de se sentir accompagné, épaulé par cette situation côte à côte en évitant l'interposition du bureau qui peut être vécu comme un mur.

Nécessité d'éviter aussi les différences de niveau de sièges. La communication, en effet, semble mieux passer quand le thérapeute et le client sont à la même hauteur, permettant une horizontalité de fait. Ainsi mis en sécurité, le malade peut envisager des conflits insécurisants et en parler.

b- Dans le temps : ici et maintenant.

Dans la relation Médecin-Malade ici et maintenant, le passé est constamment présent, qu'on le veuille ou pas, et pèse de tout son poids. Le sujet est là, avec son histoire, son expérience et ses conflits.

Toute la vigilance du thérapeute vise à saisir ce passé en fonction du révélateur que constitue sa présence dans l'ici et maintenant.

---

(1)- L'utilisation thérapeutique de l'espace est une notion fondamentale sur laquelle insiste beaucoup, à juste titre, M. SIVADON dans plusieurs articles (notamment : Espace et comportement) et qui a présidé à la conception architecturale de l'Institut Marcel Rivière à La Verrière.

- Evolution de l'entretien :

Cette relation favorise l'émergence des sentiments habituels et permanents du sujet à l'égard du monde. Il dit des tas de choses qui n'ont pas forcément de rapports avec la situation ici et maintenant. Il ne parle du reste pas forcément au thérapeute dans sa communication. Il se répète fréquemment, exprimant ce qu'il sait de son trouble de façon compulsive, étalant, du fait de sa vulnérabilité, ses défenses au grand jour.

Sa communication est symptomatique du trouble qu'elle révèle. C'est l'immanence du trouble et sa répétition qui sont le fait fondamental par rapport auquel s'organise sa communication.

L'entretien avec le malade comporte plusieurs phases mobiles entre deux limites fixées à l'avance: l'heure du début et de la fin de la consultation. Entre ces barrières, deux personnes vont essayer de communiquer en s'ajustant graduellement l'une à l'autre de façon à créer la mutualité nécessaire à la compréhension réciproque. C'est dire que l'entretien est essentiellement mouvant, recherche d'ajustage, de complémentarité, possibilité de modification, chacun étant un stimulus pour l'autre : sur le plan verbal et non verbal.

1°- La phase initiale ou phase de l'étonnement.

Elle est caractérisée par le malentendu du patient face au thérapeute.

Le patient parle à l'idée qu'il se fait du psychiatre (Il s'est déjà renseigné auprès de son entourage qui lui a conseillé "un bon médecin") et de son rôle.

Timide, il s'attend à être questionné. Quelle n'est pas sa surprise, lorsque le médecin, ne posant pas de questions, le met à l'aise, en confiance par son attitude compréhensive, se soumet à sa spontanéité, lui laissant la direction de l'entretien.

Cette phase est fondamentale, car tout ou presque y est déjà dit. Tout le reste de l'entretien

ne sera que la précision et la répétition de ce qui a déjà été dit.

2°- La phase intermédiaire ou de réajustement.

Elle consiste dans la mise au même niveau des deux interlocuteurs, dans un essai de compréhension mutuelle. C'est là qu'on assiste aux mouvements d'aller-retour, sécurité-insécurité, dépendance-autonomie, proximité-éloignement, qui du reste caractérisent tout dialogue asymétrique.

3°- Phase terminale.

Ici, les comportements sont variables en fonction du client.

Les signes de la fin sont discrets, mais perceptibles dès qu'il ne reste plus que 5 ou 10 minutes où, dans un réajustement final, le client livre souvent à ce moment, parfois même uniquement sur le pas de la porte, la raison profonde ayant motivé l'entretien.

Ailleurs, il réitère ce qu'il a déjà dit au début (pensant : puisque l'entretien est fini, à quoi cela sert-il d'en rajouter ?).

Quoi qu'il en soit, répétons que les différentes phases de l'entretien sont déclenchées par des signaux perçus de part et d'autre et auxquels les deux interlocuteurs réagissent en s'y réajustant constamment, tant sur le plan verbal que non verbal.

C- ANALYSE DU CONTENU. (1)

(Qui dit quoi - A qui - Pourquoi et comment)

"Le langage nous ouvre les voies d'accès vers le monde du malade et nous aide à y pénétrer".

MINKOWSKI - Le langage et le vécu.

L'instrument de l'entretien est, avons-nous dit, la parole ; celle-ci devant être communiquée, l'activité du thérapeute devient déchiffrage et décodage du message, pour en dégager le sens et la motivation. L'analyse du contenu devient la tâche la plus importante du thérapeute.

Dans la communication du patient, s'enchevêtrent trois plans, exprimés sur deux registres dans une tonalité variable. Ce qui constitue le trouble s'exprime par la désorganisation de tous ces plans et le désaccord au niveau verbal et non verbal. La relation thérapeutique Ici et Maintenant permet à ce désaccord de se manifester.

Les trois plans

= Le plan temporo-spatial.

Il constitue un des axes fondamentaux par rapport auquel s'oriente la vie du sujet. Dans sa communication, les éléments du présent sont toujours éclairés par le malade en ayant recours au passé. On aboutit ainsi peu à peu à la reconstitution de l'anamnèse et de l'histoire du sujet de façon spontanée. Son importance réside plus dans la façon dont il vit en racontant cette histoire que par l'information qu'elle constitue, qui est aussi un élément important, puisqu'il permet d'apprécier la façon dont l'individu

(1)- Le présent chapitre et le suivant n'ont pas la prétention de présenter une "grille" commode pour l'analyse systématique de l'entretien, ce qui serait en contradiction avec l'orientation non directive, chaque personne étant unique dans sa rencontre avec une autre. Il vise uniquement à identifier les principaux axes qui sous-tendent la communication.

a intégré son passé.

= Le plan relationnel.

Explore la relation du patient aux objets qui est ici non seulement le thérapeute, mais aussi par le jeu des projections multiples toute une série de personnages différents. Là, le sujet introduit dans un ordre significatif les différentes personnes avec lesquelles il entre en relation : entourage familial et socio-professionnel, apprenant par cela même les possibilités d'investissement affectif pour les personnes du même sexe ou du sexe opposé.

= Le plan réactionnel.

Se manifeste au niveau verbal. Les propres paroles du sujet et celles du thérapeute ayant une valeur de stimuli, on explore ainsi les défenses du sujet, ses rationalisations, sa structure et les possibilités réactionnelles du moi.

Mais c'est aussi au niveau non verbal que se place la réaction : mimique, attitude, "Gestalt-tonique" ; bref, tout le langage corporel.

Les deux registres

Ces trois plans sont intriqués et s'expriment à la fois sur le registre du réel et celui du symbole, de la demande et du désir, de l'autonomie et de la dépendance, de la distance et de la proximité, de la dramatisation et de la banalisation.

Tout le dialogue se passera dans un perpétuel aller-retour entre ces deux registres.

Ainsi se seront dégagées :

- la structure du sujet, jugée sur les pôles perceptifs, cognitifs et réactionnels du moi ;

- la signification de son monde ;

- et ses possibilités résiduelles de changement.

D- SCHÈME D'ANALYSE.

La communication présente un contenu et une forme.

Que comporte la communication ?

1°- L'organisation perceptive :

Quels sont les rapports du sujet avec le monde et sa signification ?

- Le conflit, ses thèmes.
- Les objets, les personnes, les événements et leur investissement.
- L'appréhension du réel et sa distorsion.

2°- L'organisation cognitive :

Quelle est la connaissance qu'a le sujet de lui et son monde ?

- Comment intègre-t-il son passé ?
- Les normes sur lesquelles il se base.
- Les valeurs qui se révèlent implicitement et explicitement.
- Les autorités sur lesquelles il s'appuie.
- Méthodes utilisées pour arriver à ses fins.
- Buts.
- Adaptation au réel.
- Les phantasmes.

Comment le dit-il ?

1°- L'aspect réactionnel.

a)- Verbal : A quel temps se fait la communication ? Sous quelle forme grammaticale ? Le vocabulaire ? Les lapsus, les bégaiements, les phrases non terminées, les transitions, les associations d'i-

dées.

b)- Méta-verbal :

- Débit : saccadé, lent, rapide.
- La tonalité, les variations vocales, de registre et de volume.
- Les pauses et les soupirs, les silences, les hésitations.

2°- L'aspect non verbal : la "Gestalt-tonique".

- Mimique.
- Regard.
- Réactions vaso-motrices.
- Signaux d'angoisse.
- Attitude corporelle.
- Présentation tonique et sa répartition.

Pourquoi le dit-il ?

Motivations : - explicites
- implicites.

La réaction du thérapeute est-elle le stimulus ayant induit la communication ?

L'accord est-il réalisé sur les différents plans ?

- Perceptif, cognitif, réactionnel et motivationnel.

L'expression verbale et non verbale est-elle dissociée ? Le sujet fait-il ce qu'il dit et dit-il ce qu'il fait ?

Sur quels éléments s'effectue cette dissociation ?

- Les opinions exprimées, les attitudes et les motivations.
- Les habitudes et les attitudes.
- Les buts et les moyens.

- III -

LIMITES DE L'ENTRETIEN CENTRE SUR LE CLIENT

Les limites de l'entretien tiennent aux limites des deux pôles de la relation.

Limites tenant au thérapeute

Ses motivations peuvent faire qu'il a du mal à être empathique ou totalement présent dans la situation d'entretien.

Il peut éprouver les sentiments d'antipathie à l'égard du client. Mieux vaut alors les expliciter et les exprimer, sous la forme, par exemple : "Il y a quelque chose qui me gêne", plutôt que : "Vous me gênez...".

La disponibilité est limitée dans le temps et dépend du moment où se déroule l'entretien.

Enfin, jusqu'où peut aller sa non directivité ? Accepte-t-il de se remettre en question, de s'impliquer ?

Limites tenant au client

Elles dépendent de l'âge, du degré de détérioration, de son milieu social, culturel, de son désir d'être aidé qui ne correspond pas forcément à sa demande d'aide. C'est ce désir de guérir qui sera l'élément fondamental garantissant l'authenticité de l'entretien et le succès ultérieur de la thérapie.

Limites tenant à la relation

Cette relation est vécue et donc difficilement traduisible. Elle devient du domaine de l'ineffable et elle ne peut se transformer en document "objectif", en "observation" à glisser dans un "dossier". Elle

n'a de sens et de valeur que par rapport au thérapeute en question. Cette expérience est donc incommunicable, sauf, et encore, si elle a lieu dans le milieu hospitalier.

PLACE DE L'ENTRETIEN DANS LE PROJET THERAPEUTIQUE

On ne peut dissocier, comme on aurait tendance à le faire, le premier entretien du projet thérapeutique. Il s'y inscrit d'emblée. La psychothérapie, présente dès le premier entretien, devient "l'acte par lequel l'esprit vient au secours de l'esprit dans une rencontre salutaire de compréhension et de restauration". (EY)

Quoi qu'il en soit, c'est de cet entretien initial que dépend toute la marche ultérieure du traitement. C'est en effet là que se noue la relation médecin-malade, sur laquelle va se greffer tout le projet thérapeutique futur, "basé sur ces deux présences qui échangent des mots, des phrases, des efforts, mais aussi une bonne volonté, puisque l'un veut être écouté et l'autre veut être entendu, même quand il essaie de faire cesser le dialogue" (BLANC).

L'ENTRETIEN DANS LE CADRE HOSPITALIER

Le niveau de l'équipe

L'équipe soignante comporte un certain nombre de techniciens différenciés, mais noyés dans l'anonymat de l'équipe : psychologues, assistantes sociales, kinésithérapeutes, ergothérapeute, sociothérapeute, infirmières.

D'où la multiplicité des entretiens avec le malade et la confrontation de cette multitude lors de la réunion d'équipe permettant de dégager, à partir de toutes les impressions subjectives, une image objective, en relief, du malade, par rapport auquel chacun s'implique.

Ici, il ne s'agit plus tant du malade lui-même que de sa propre réaction avec le malade portée au sein de l'équipe. Un peu comme dans les groupes de formation de Balint où la réaction malade-soignant est contrôlée par le groupe. C'est dire la nécessité de ces réunions au niveau de l'équipe qui permettent non seulement d'élucider les relations affectives de chacun de ses membres par rapport au malade, mais aussi par rapport à ses collègues.

- IV -

ENTRETIEN AVEC MADEMOISELLE L...

REMARQUES PRELIMINAIRES

Cet enregistrement est le premier entretien avec Mademoiselle L..., le jour de son admission à l'hôpital.

Etant l'un des premiers que nous ayons enregistrés, il se prête à la critique et illustre mieux notre propos.

Sans vouloir nous livrer à une analyse du contenu, nous nous proposons de faire ici quelques remarques suggérées par la réécoute de la bande magnétique et la lecture de ce texte.

= Conditions de l'enregistrement.

Cet entretien a été fait après que la malade ait déjeuné à son pavillon, ce qui explique certaines de ses réflexions.

L'utilisation du magnétophone a été faite avec l'accord de la malade.

Nous n'avons pas voulu prendre connaissance du certificat d'hospitalisation, afin de n'avoir pas d'idées a priori.

L'impression qu'il nous en reste est qu'elle était logorrhéique, ce qui, en un sens, a facilité l'entretien, nous laissant à peine intervenir. C'est pourquoi ces interventions nous semblaient être plutôt des interruptions.

= L'accueil.

L'ouverture du premier entretien est un mo-

ment décisif pour le déroulement de la relation. D'où la nécessité de se présenter et d'expliquer le but de l'entretien. Ici, nous avons tenu à préciser le temps : 30 minutes, du fait des conditions d'enregistrement.

= La disponibilité.

Elle s'exprime dès le début par le "Je suis à votre disposition" et se manifeste par l'attitude d'écoute dans le silence et les interventions de T.

= Le silence.

Il est nécessaire et plutôt absent dans cet enregistrement. Tenant à éliminer tout sentiment de frustration par un silence pesant, afin de donner au maximum l'impression d'un dialogue, nous n'avons pas toujours respecté ce silence, allant parfois jusqu'à interrompre (T16 - T73).

= Les interventions de T..

Elles induisent le discours de L.

- La réitération, soit dans les propres paroles de L., soit en résumant le contenu de la communication (T2, T3, T6). Elles entraînent chez L. un "oui"... lui permettant d'enchaîner.

- Le reflet du vécu de L. (T4-T5). Ici, la réponse est une vigoureuse exclamation : "Voilà, c'est ça !" entraînant un examen plus approfondi du vécu.

- Les interventions à résonance négative induisent une réponse contenant une négation (T28-T34).

- Pour les interventions à résonance positive, la réponse est plus sthénique et affirmative (T45-66-70-89...).

- L'ici et maintenant se révèle par des phrases courtes, hachées ; le débit est plus rapide (T36 à T44).

= Le centrage.

Il repose sur L. et non sur sa relation avec T. Peut-être le sentiment de solitude qui se dégage en L.56-57-58 est-il en rapport avec le manque d'implication de T.

D'où la nécessité de ne pas rejeter les offres de relation.

= Les informations recueillies.

Elles sont nombreuses, portant sur l'anamnèse, l'histoire de L., sa structure, les traitements suivis, et cela sans recours à l'interrogatoire questionnaire en préservant la relation thérapeutique.

C'est répéter l'intérêt de l'entretien non directif dans la pratique psychiatrique.

o
o o

ENTRETIEN AVEC MADEMOISELLE L...

T1 - (Voix douce, confiante) - "Bonjour, Mademoiselle L., je suis votre Médecin traitant pendant votre séjour, et là nous allons nous voir pendant une demi-heure et si vous avez des problèmes dont vous aimeriez que nous nous entretenions, je suis à votre disposition."

L1 - (Voix hésitante) - "Oui, c'est-à-dire que euh... qu'actuellement, euh... je suis allée voir deux spécialistes déjà à Beauvais, parce que je ne peux pas travailler, je ne peux plus fixer mon attention... J'ai essayé de préparer un examen, mon baccalauréat, que j'essaie de préparer depuis trois ans d'ailleurs, dans des conditions assez défavorables, il faut le dire. Euh..., oui, alors, je n'ai pas pu me présenter à mon examen et cela a été la vraie catastrophe, parce que je ne réussis pas à m'en sortir."

T2 - "Vous avez donc des difficultés scolaires au niveau du bac, et du fait de conditions déplorables, dites-vous, vous ne réussissez pas."

L2 - "Oui, je suis très nerveuses, et depuis 3 ans ; j'ai perdu mon père et il m'a fallu, à ce moment-là, je préparais ma première partie."

T3 - "Si vous n'aviez pas eu des ennuis, il y a 3 ans..., et il semblerait que vous faites remonter là l'origine des troubles".

L3 - "Oui, parce que, cette année-là, j'ai été obligée de quitter l'école, j'ai été obligée de travailler ; je n'avais absolument aucun diplôme et j'ai donc été embauchée comme employée de bureau dans un centre d'orientation scolaire et professionnelle et j'ai passé en fin d'année ma première partie de bac. J'ai été reçue. Après, j'étais maîtresse d'internat à Brest ; je suis revenue à Brest et j'ai essayé de suivre les cours en même temps pour le deuxième bac. J'étais maîtresse d'internat et j'allais au lycée en même temps. J'ai trouvé cela très, très fatigant. Je commençais déjà à avoir des difficultés pour fixer mon attention. J'avais une espèce de cafard parce que... je voyais que le moral de maman ne remontait pas, elle ne se remettait pas de la mort de papa...".

T4 - "Vous étiez triste de voir votre mère souffrir de la disparition de son époux".

L4 - "Voilà ! et cela me faisait beaucoup de mal. Elle ne travaillait pas et c'était moi qui subvenait aux besoins de la famille...".

T5 - "C'était vous qui étiez devenue chef de famille."

L5 - "Voilà, c'est ça. Depuis 3 ans, c'est cela, oui ! Alors, ça a été la catastrophe en fin d'année ; enfin, je suivais plus ou moins les cours, parce que j'avais à peu près la moitié des cours. Mes professeurs m'ont poussée à redemander un poste d'internat. Je ne voulais absolument pas le faire,

parce que j'étais trop fatiguée. Mes professeurs m'ont dit que ce serait une bêtise de ne pas repasser le bac. Alors, j'ai demandé un poste et j'en ai obtenu un à Pont-L'Abbé, à 100 km de Brest. J'ai donc re-préparé mon bac et cette fois-là par correspondance. J'ai eu de bons résultats toute l'année, enfin... ça a marché plus ou moins. Question des nerfs, j'avais des moments de dépression, des moments de cafard, enfin c'était assez espacé. Alors, là, j'ai eu quinze jours-trois semaines de repos à la maison et tout s'est bien remis."

T6 - "Vous avez quand même pu supporter cette année, malgré les petits épisodes de tristesse".

L6 - "Oui, je me suis quand même assez bien remise, mais en fin d'année, lors des révisions finales, tout a repris le dessus et ça a encore été l'échec...

"Au moment de passer l'examen, j'ai perdu complètement les moyens, alors que j'avais eu de bons résultats toute l'année et que je n'entrevoyais même pas l'échec. J'ai donc échoué une deuxième fois au bac. Après ça sont venues les vacances et les nerfs se sont reposés normalement sans médicaments, sans tranquillisants, sans rien.

T7 - Il a suffi des vacances pour que tout aille bien.

L7 - Voilà, c'est ça. J'avais pris des tranquillisants pendant l'année scolaire, pour dormir car je dors assez mal.

T8 - "Vous étiez obligée de prendre des médicaments ?"

L8 - (Baisse de ton) -"Oui, j'étais obligée de prendre des médicaments, et tout est rentré dans l'ordre pendant les vacances. Après les vacances, je pensais trouver un emploi de bureau assez facilement, quand même. Or, je ne suis ni dactylo, ni sténo, je n'ai pas de formation professionnelle, j'ai seulement un enseignement général, évidemment du niveau du bac, et je n'ai pas trouvé de travail tout de suite. Ça a été un très gros problème pour moi, étant donné ma situation de famille."

T9 - "Il vous fallait un travail assez rémunéré et assez rapidement".

L9 -"Voilà. Alors, j'ai commencé à m'énerver, à me faire un souci monstre. Je ne savais plus où aller, où écrire, que faire, et personne pour me remonter, quoi...".

T10 - "Nous n'aviez personne pour vous aider ?"

L10 -"Absolument personne pour m'aider ! Non, pas de compréhension auprès de maman non plus !"

T11 - "Même votre mère ne vous comprenait pas."

L11 - "Non, non. Parce qu'elle était très déprimée toujours, et elle n'a pas compris exactement la situation dans laquelle je me trouvais, voyez, continuant mes études et travaillant en même temps...".

T12 - "Il lui était difficile, au fond, de se mettre à votre place".

L12 - "Oui, elle n'a jamais compris. Elle trouvait que si je faisais ça, c'était parce que je le voulais et que j'étais capable de faire les deux..".

T13 - "Elle pensait que ça vous faisait plaisir ?"

L13 - "Oui, elle ne voyait pas la difficulté".
"Alors là, donc en dernier ressort, je me suis adressée à des parents, mon oncle et ma tante, que je n'avais pas vus depuis très très longtemps et que l'on ne voyait pratiquement plus, du côté de mon père et qui sont à Beauvais. J'ai demandé à mon oncle si, au terrain d'aviation, toutefois, il n'y aurait pas une place d'hôtesse. Alors il m'a dit : "Viens à Beauvais, on te trouvera du travail". Enfin."

T14 - "Vous avez trouvé une aide là ?"

L14 - "Voilà. J'ai cru trouver une aide, par lettre par courrier, voyez. Evidemment, j'étais contente. Je suis venue m'installer à Beauvais ; j'étais sûre de trouver du travail, c'était le principal pour moi. Là-dessus, cela ne s'est pas arrêté là ; je n'ai

pas trouvé quelque chose qui me plaisait, parce que le métier d'hôtesse j'ai vu réellement en quoi ça consistait et ça ne me plaisait pas du tout. Et puis, je ne me sentais pas en forme, j'avais quand même le souci de ne pas trouver du travail, et tout ça. Alors que j'étais à une période d'instabilité parce que je n'étais pas en forme pour parler au public..., alors, j'ai attendu..., j'ai dit que je prendrais un mois ou deux après, mais il fallait quand même trouver du travail. Alors, mon cousin qui est ingénieur à la "Viscose" et qui m'a dit : "Passe les tests chez nous et on te prendra comme employée de bureau en attendant". Alors, j'ai passé des tests psychotechniques, qui ont été bons. La directeur m'a dit : "Je n'ai pas de place dans l'immédiat comme employée de bureau, mais quand il y aura quelque chose, je vous ferai appel".

T15 - "Vous aviez besoin de trouver un travail assez rapidement et puis il fallait toujours temporiser".

L15 - "Oui, c'est cela ! Alors, ça a été la catastrophe pour moi, j'ai fondu en larmes. J'ai dit que j'attendais ça avec impatience, je voudrais travailler, faire n'importe quoi, mais je voudrais travailler...".

T16 - "Vous vouliez vous occuper".

L16 - "J'ai donc accepté d'être ouvrière, puisqu'il n'y avait que ça, être ouvrière ! Comme travail à la chaîne, commencer à 4 heures, finir à 1 h.... enfin. Travail assez dur et que je ne connaissais pas encore".

T17 - "Au fond, vous acceptiez n'importe quoi, du moment que vous aviez du travail...".

L17 - "Oui. Et j'ai fait cela pendant quinze jours. Je trouvais cela dur, étant donné que je n'avais jamais fait ce genre de travail."

T18 - "Vous n'étiez pas faite pour."

L18 - "Non, j'ai trouvé cela très dur, mais enfin, ça m'a fait une expérience. J'ai cru pouvoir

supporter la chose pendant un petit moment ; il m'aurait fallu au moins tenir un mois, et... j'ai vu l'hiver arriver. Enfin, j'ai vu, non ce n'était vraiment pas une solution pour moi, je ne pourrais y vivre un mois. Alors, là j'ai pensé aller voir à l'Inspection académique s'il n'y avait pas éventuellement un remplacement ou quelque chose comme surveillante."

T19 - "A ce moment-là, vous avez pensé qu'il vous faudrait peut-être mieux retourner à l'enseignement."

L19 - "Retourner à l'enseignement, retourner à l'Education Nationale et demander s'il n'y avait pas un poste. Il s'est trouvé que j'ai eu, à ce moment-là, une grande chance : il y avait un poste de remplacement au C.E.T.".

T20 - "Alors, ça tombait bien...".

L20 - "Ça tombait très bien. Je l'ai pris, j'étais très contente, j'étais tranquille de ce côté-là... Les papiers, mon dossier sont venus, mon livret scolaire et tout ça..., les professeurs, le directeur m'ont repoussée encore ; ils m'ont dit qu'il fallait que je me représente à mon examen, qu'ils me trouveraient un remplacement pour toute l'année. Il fallait que je me représente à mon examen."

T21 - "Vous pensiez que vous étiez du niveau et qu'il ne fallait pas lâcher".

L21 - "Ils ont vu mes notes, ils ont vu que c'était vraiment catastrophique parce que c'était une suite de circonstances malheureuses, si je ne l'avais eu l'année dernière, et ils m'ont dit qu'il fallait que je recommence. Bon. Je n'étais pas décidée à recommencer, car j'avais été vraiment très désolée par ces échecs."

T22 - "Vous aviez peur de recommencer."

L22 - "Oui, j'avais peur de recommencer, car ayant eu de bons résultats toute l'année, et puis un échec, ça ne m'encourageait pas, je ne voulais plus reprendre, il ne fallait pas m'en parler. Je voulais

apprendre à taper à la machine, faire une simple sténo, quelque chose comme ça, mais m'en sortir comme cela ! Etre assurée de l'avenir, voyez...".

T23 - "Faire tout sauf le bac, du moment que vous ayez un avenir assuré."

L23 - "Exactement. Alors, ils m'ont tellement poussée, tellement dit que c'était une erreur, que je me suis dit qu'après tout, je vais bien, je suis chez ma tante et mon oncle, je vais être surveillante encore...".

T24 - "Vous vous êtes laissée convaincre...".

L24 - "Je me suis laissée convaincre, oui. J'ai demandé mes livres, mes cahiers, on m'a tout envoyé à Beauvais et (ton appuyé) j'ai essayé de reprendre mon examen. Mais là où ça n'a pas marché du tout, il faut que je vous dise que je n'étais pas dans une ambiance favorable. Chez ma tante et chez mon oncle, il m'était pratiquement impossible de faire quoi que ce soit."

T25 - "Vous n'étiez pas libre chez votre tante."

L25 - "Non, je n'étais pas libre du tout. Ma tante ne se déplaçait jamais ; il fallait que je fasse absolument tout, que j'aille faire les courses, que je m'occupe de la cuisine, si ce n'était que cela encore ! Ça me plaisait. Mais ce qu'il y a surtout, c'est qu'elle était constamment sur mon dos, elle me racontait toutes les histoires de ceci et de cela ; (Ton de reproche) elle me racontait toutes les histoires de la famille et les différends entre sa belle-fille et elle".

T26 - "Elle vous mêlait à tout cela sans que vous le vouliez."

L26 - "Oui, elle me racontait constamment si j'étais là toute la journée, comme j'étais surveillante d'externat, donc plus souvent à la maison qu'au collège, si j'étais là toute la journée elle me racontait ces histoires-là."

T27 - "Au fond, vous la supportiez assez mal".

L27 - "Oui, je ne la supportais pas étant donné que moi, mon seul désir c'était de rester tranquille au calme et de travailler, de préparer mon examen".

T28 - "Et vous n'aviez même pas le calme..."

L28 - "Non, je n'avais aucune compréhension ; j'avais commencé à apprendre à taper à la machine, cela marchait très bien d'ailleurs. Je ne pouvais même plus taper à la machine..., cela commençait à l'énerver. Enfin, mon oncle n'a jamais pu supporter ses enfants. Enfin, il avait un caractère assez difficile également."

T29 - "Lui aussi n'était pas facile à vivre".

L29 - "Oui, lui aussi n'était pas facile à vivre. Au collège également, l'ambiance était moyenne".

T30 - "Enfin, vous n'étiez pas très satisfaite".

L30 - "Non, je n'étais pas satisfaite de mes collègues ; j'étais assez déçue, voyez, de l'esprit qui régnait".

T31 - "Ce n'était pas ce que vous attendiez."

L31 - "Non, dans les collèges j'avais eu l'habitude d'autre chose, et puis ça marchait assez mal. Franchement...".

T32 - "Ça ne tournait pas".

L32 - "Franchement, ça me faisait beaucoup trop de travail, je n'avais pas d'argent... Ca faisait trop de choses, et surtout, en plus de cela, j'avais le souci de savoir maman en pas très bonne santé. Elle avait une santé fragile et j'étais loin d'elle. J'étais également loin de mon fiancé ... parce que je suis fiancée, pas officiellement encore (Petit silence)(Baisse le ton) Il habite Toulon, hélas, ce qui fait loin... Je viens d'aller passer un mois... Je venais de le voir, je me suis reposée... Alors, à Beauvais, j'ai vu un spécialiste qui m'a donné un traitement... Je l'ai vu pendant trois mois à peu près et au lieu d'aller mieux, ça allait de plus en plus mal. Même avec le traitement... j'avais l'im-

pression de supporter mal les médicaments... Voyez, c'était du Tofranyl, de l'Atarax...".

T33 - "Le traitement ne vous convenait pas ?"

L33 - "Non, absolument pas ! J'avais des évanouissements que je n'avais pas avant, que je n'avais jamais eus, et mes angoisses étaient beaucoup plus fortes, parce que j'avais déjà des angoisses".

T34 - "Ça ne faisait que majorer les angoisses. ....".

L34 - "Oui, je commençais à voir tout en noir, enfin j'étais très très triste, je commençais à avoir des crises de larmes ... euh..."

T35 - "Vous pleuriez presque sans raison."

L35 - "Oui... Comme maintenant". (Baisse à nouveau le ton)

T36 - "Maintenant, vous avez envie de pleurer.."

L36 - (On la sent au bord des larmes) -"Oui, maintenant, c'est devenu une catastrophe parce que je n'ai pas pu me présenter au baccalauréat".

T37 - "Vous avez l'impression que vous vivez une catastrophe."

L37 - "Oui".

T38 - "Et, c'est irrémédiable ?"

L38 - "Oui, et que je ne pourrai pas m'en sortir."

T39 - "Il n'y a aucune voie de sortie, aucune issue."

L39 - "Certainement, je ne trouvais pas de place à moins d'avoir ma seconde partie. (Reprend un peu le dessus. Voix chevrotante) Or, je n'ai pas pu me présenter à mon baccalauréat. Donc ça a été une année absolument inutile pour moi".

T40 - "Vous avez perdu votre temps."

L40 - "J'ai perdu mon temps et ma santé. Je suis dans un état vraiment épouvantable, je vois tout en noir, et puis je pensais me marier en fin d'année, et puis tout ça... je vois tout ça en noir...".

T41 - "Même le mariage ne vous apporte pas grand'chose ?"

L41 - "Au contraire, parce que je vois la vie impossible dans ces conditions."

T42 - "La vie vous paraît difficile à vivre".

L42 - "Oui, pour les autres surtout, surtout et pour moi, parce que ce n'est pas gai à voir...".

T43 - "Vous avez l'impression que vous serez un fardeau pour les autres".

L43 - (Le ton est toujours bas et hésitant) - "Justement, (Petit silence) des crises de larmes et tout cela, oui, voir quelqu'un de sombre et puis je n'ai plus de goût à rien".

T44 - "Vous ne pouvez plus rien faire ?"

L44 - "Non, je ne peux plus rien faire. Enfin, ça a repris pendant un moment, lorsque j'étais à Toulon."

T45 - "Ça allait mieux lorsque vous étiez à Toulon ?"

L45 - "Oui, ça allait mieux parce que j'étais dans un climat favorable (changement de ton en plus) et j'étais contente de voir mon fiancé, et le traitement que m'a donné le Docteur S. que j'ai vu à Paris était, il me semble, beaucoup plus efficace. Je l'ai arrêté il y a à peu près une semaine, parce que je n'avais plus de médicaments et qu'il avait demandé mon admission ici."

T46 - "Donc ce traitement vous réussissait."

L46 - "Oui, ça m'a réussi. Je pourrai vous donner l'ordonnance, d'ailleurs."

T47 - "Vous souhaitez poursuivre le même traitement ?"

L47 - "Oui, je pense que c'était bon : il y avait du Valium et autre chose, mais il y avait des gouttes - je ne me souviens plus du nom - qui me faisaient dormir normalement."

T48 - "Toutefois, vous dormiez trop à votre goût."

L48 - "Oui, trop ! Le soir, je m'endormais à la télévision... Il faut dire aussi que dans la journée j'allais au Collège, je me baignais, je me dépensais quand même".

T49 - "Vous avez eu une vie agréable pendant un mois."

L49 - "Oui, mais c'était quand même anormal".

T50 - "Vous dormiez trop, malgré tout".

L50 - "Je m'endormais comme cela, c'était un sommeil lourd et j'avais des cauchemars, j'avais des cauchemars..."

T51 - "Vous n'aviez pas un sommeil normal".

L51 - "Non, alors j'ai arrêté les gouttes et j'ai continué le traitement autrement... Il me semblait que ça allait mieux. J'ai arrêté le traitement et aussitôt ça a été pareil".

T52 - "Au fond, lorsque vous vous soigniez et avec ce dernier traitement, vous pensiez que vous pouviez... traverser ce cap".

L52 - "Oui, je pense que ça allait vraiment mieux".

T53 - "Alors, tout n'est pas si désespéré".

L53 - "A ce moment-là, non, j'avais l'impression que tout n'était pas si désespéré. (Le ton baisse à nouveau et devient hésitant) Depuis ce matin, il faut dire que je suis déprimée encore, depuis que je suis là."

T54 - "Vous avez l'impression d'être moins malade que les autres ?"

L54 - "Il me semble, parce que, à midi, j'ai mangé avec des jeunes qui ne parlaient pas...".

T55 - "Ca vous effraie un peu."

L55 - "Ça m'effraie un peu....".

T56 - "Vous vous dites : Qu'est-ce que je fais là ?"

L56 - "Oui, exactement. Ça me fait envie de pleurer, mais... apparemment... devant les étrangers, je ne me manifeste pas, je garde tout pour moi".

T57 - "Vous ne vous extériorisez pas."

L57 - "Non, non, absolument pas."

T58 - "Vous ne laissez rien transparaître ?"

L58 - "Non, non.... Voilà."

T59 - "Donc, si je résume : vous avez eu une série d'ennuis qui vous ont empêchée de réussir à votre baccalauréat... Et même la perspective d'un mariage dont l'issue est favorable, tout au moins sur le plan sentimental, vous paraît actuellement ... assez triste quand même."

L59 - "Assez triste, oui ! Très triste, d'autant que j'ai peur, peur d'être un fardeau".

T60 - "C'est ça, vous avez peur d'être un poids."

L60 - "Je ne me sens vraiment pas capable d'avoir des enfants, tout ça enfin, de construire un foyer ; je ne me sens pas en forme, pour rien".

T61 - "Au fond, vous n'êtes pas très sûre de pouvoir être une bonne épouse."

L61 - "Non, parce que je n'ai de goût à rien. Je m'en plaignais avant pendant mes loisirs, énormément. Enfin, j'ai appris la musique étant toute jeune ; hélas, j'ai cessé quand papa est mort ; j'ai

cessé mes leçons, mais je travaillais toujours chez moi et ça me plaisait beaucoup. Après, j'ai commencé à peindre ; ça me plaisait beaucoup, également. Je faisais un tas de petites choses comme cela ; le sport, ça me plaisait aussi."

T62 - "Vous avez eu plusieurs activités annexes."

L62 - "Et la couture... et maintenant, je ne peux absolument plus rien faire". (Elle insiste sur le "plus" et détache les mots).

T63 - "Vous ne pouvez même plus faire ce qui vous plaît."

L63 - "Non, je ne m'intéresse à rien... (Bas) Non, je ne trouve de goût à rien. Je pense toujours à cet état".

T64 - "Vous pensez toujours à vous".

L64 - "Toujours".

T65 - "Vous n'arrivez pas à vous défaire de vous-même".

L65 -"Non, je n'arrive pas ; je pense toujours à cette angoisse, à cette situation dans laquelle je suis en ce moment ; je ne m'intéresse plus à rien."

T66 - "Vous vivez une situation très angoissante et pénible... dont vous voyez difficilement l'issue. Toutefois, il y avait quand même un point positif dans tout cela, puisqu'il semblait que le traitement que vous avez eu récemment commençait à vous faire voir un peu plus clair."

L66 - "Oui, oui, oui."

T67 - "Et donc on peut penser que tout n'est pas absolument fichu."

L67 - "Non, bien sûr, je suis beaucoup plus détendue".

T68 - "Donc, vous pouvez vous détendre".

L68 - "Oui, je pense".

T69 - "Ce n'est pas impossible".

L69 - "Oh, je pense, là il y aura les vacances, je me dis quelquefois, l'année dernière, j'étais presque dans ces conditions, ce n'était pas aussi grave, mais enfin...".

T70 - "Puisque vous vous en êtes sortie l'année dernière, vous pourrez aussi bien vous en sortir cette année."

L70 - "Quelquefois, je me dis ça, quand je vois le côté pessimiste des choses, c'est que je n'ai absolument rien fait cette année, c'est que je n'ai pas encore mon examen".

T71 - "Au fond, votre bilan est négatif".

L71 - "Oui, absolument".

T72 - "C'est surtout cela qui vous tracasse."

L72 - "En ce moment, si je pouvais me remettre assez facilement ; évidemment, il y a la session de Septembre. Je pourrais reprendre mes cours...".

T73 - "Vous pouvez encore envisager la possibilité de vous présenter en Septembre et le succès viendrait un petit peu couronner tous ces efforts malheureux jusqu'à présent."

L73 - "Oui, enfin, j'aurai une situation...".

T74 - "Enfin, au fond, vous avez l'impression que, pour avoir une situation, il faut passer par le bac".

L74 - "Il faut passer par le bac. C'est-à-dire que j'ai été encore poussée dans cette voie par mes professeurs".

T75 - "Au fond, vous avez toujours été poussée là... Vous n'êtes pas certaine que cela corresponde à ce que vous voulez faire."

L75 - "Non, pas certaine. J'ai toujours été

poussée..." (Elle insiste sur le toujours).

T76 - "Un petit peu comme si vous n'étiez pas libre de choisir ce que vous vouliez faire".

L76 - "Exactement".

T77 - "Alors, vous vous demandez au fond si c'est la bonne voie".

L77 - "Absolument. Depuis mon enfance, j'ai été suivie par des gens assez compétents, le centre d'orientation scolaire professionnel qui m'a fait avoir un emploi de bureau, qui m'a suivie, qui m'a fait passer des tests. J'ai été orientée, j'ai fait un détour pendant mon enseignement secondaire. J'ai été jusqu'en 5me et après, ayant changé de domicile, mes parents... enfin, maman était toute seule puisque papa naviguait au commerce, alors maman ne savait pas trop où me mettre et elle m'a mise dans une classe de certificat d'études. Je n'étais pas à ma place. En fin d'année, on s'est aperçu que je n'étais pas à ma place."

T78 - "Il y avait déjà à ce moment un défaut d'orientation".

L78 - "Oui, évidemment, en classe de certificat d'études, j'ai été première toute l'année, j'ai eu le premier prix et on s'est aperçu en fin d'année que je n'étais pas à ma place. J'ai passé un examen psychotechnique et on s'est aperçu que je n'étais pas à ma place et qu'il fallait essayer de me repousser vers le secondaire".

T79 - Au fond, votre place était dans le secondaire et...".

L79 - "Comme je ne pouvais pas passer en 4e, ce qui était impossible, il fallait que je retombe dans une 5e donc, ça m'a fait perdre deux ans."

T80 - "Vous avez donc toujours accumulé le retard. Vous avez perdu deux ans."

L80 - "J'ai perdu deux ans et ça m'a fait une sorte de complexe... enfin."

T81 - "Vous vous sentiez complexée." (Elle tique) "Enfin, diminuée...".

L81 - "Ce n'est pas exactement le mot, pas à ce point-là, parce que, voyez, parce que jusqu'en 3me j'ai eu tous les prix...".

T82 - "Vous avez été une élève brillante...".

L82 - "Oui, jusqu'en 3e cela a marché. J'ai eu mon BEPC avec mention, ça a marché quand même. Ça me faisait mal quand même d'avoir deux ans de fichus".

T83 - "Ça vous embêtait d'être plus âgée que les autres."

L83 - "Oui, ça m'embêtait d'être plus âgée que les autres. Au niveau de la 3me, j'ai passé différents examens, différents concours pour le lycée ; j'étais apte à passer sans examen. Bien sûr, en seconde notamment pour le technique, j'ai passé un examen ; j'ai été reçue 2me. Il me semble évidemment qu'on ne pouvait pas prévoir les événements futurs, mais il me semble que si j'avais suivi cette voie-là, j'aurais eu un métier, j'aurais été stabilisée, je n'aurais pas eu de problèmes."

T84 -"Au fond, vous vous dites :"si j'avais suivi la voie technique, je n'aurais peut-être pas eu tous les échecs, tous les ennuis que j'ai eus depuis." "Vous êtes un petit peu victime d'une orientation qui n'a pas été la vôtre."

L84 - "Oui, qui n'a pas été la mienne, et victime également, bien sûr, de la perte de mon père."

T85 - "La perte de votre père a quand même beaucoup d'importance dans cette histoire".

L85 - "Oui, beaucoup d'importance, parce qu'on m'a encore poussée vers le secondaire ; j'ai pris le secondaire et j'ai préparé le baccalauréat. J'ai fait une seconde moyenne. Enfin, je suis passée en 1ère normalement ; j'étais une élève moyenne, capable de passer le bac et de continuer, et je suis passée en 1ère et là j'ai perdu mon père. Il n'était plus question pour moi de rester en classe.... Donc là,

j'ai pensé un peu à chercher un emploi de bureau, ç'aurait été encore préférable...".

T86 - "C'est-à-dire, vous auriez mieux fait de ne pas poursuivre".

L86 - "De ne pas poursuivre dans ces conditions!"

T87 - "Les conditions n'étaient pas favorables".

L87 - "Oui, alors là je me suis fatiguée et c'est là qu'intervenait encore le CAP ; on m'a dit : Il faut absolument que vous ayez votre examen, que vous prépariez ; vous aurez un salaire de 50.000 Fr. dans nos bureaux et vous pourrez aider votre mère et préparer avec Vanves le 1er bac. J'ai donc écouté ; j'ai dit : Bon, essayons. Et j'ai, tout en étant employée de bureau, donc en préparant mon bac et en rentrant le soir à 6 heures, j'ai réussi à avoir mon examen en fin d'année".

T88 - "Malgré toute la peine que cela vous donnait".

L88 - "Malgré toute la peine que ça m'avait donné, j'ai eu un succès dont j'étais contente".

T89 - "Vous étiez parvenue quand même à quelque chose."

L89 - "Oh, oui, j'étais quand même arrivée à avoir mon examen, et puis ça me donnait un petit peu de courage, et dans le fond, il n'y avait plus qu'une issue : essayer le 2me, voilà ! J'ai donc été poussée pour préparer le 2me bac et ...".

T90 - "Au fond, on vous a toujours poussée."

L90 - "J'ai toujours été poussée, oui ! Et puis, il faut dire aussi qu'ayant eu le premier, je trouvais logique de continuer sur le second."

T91 - "Il vous était possible d'avoir le second bac."

L91 - "Il faut dire aussi que les études me plaisaient. Je m'intéressais vraiment à la classe ; je m'intéressais ; je trouvais difficile de faire les deux!

T92 - "Vous y voyez de l'intérêt."

L92 - "Oui, j'étais fatiguée, mais ..."

T93 - "Au fond, vous n'auriez souhaité ne faire que la classe."

L93 - "Oh, oui, certainement. Oh, oui, j'étais toujours contente de travailler et je m'intéressais toujours aux mathématiques et à la physique particulièrement ; le reste, ça marchait aussi, enfin moyennement, quoi... Et puis donc, avec l'appui d'un inspecteur de l'enseignement technique, j'ai eu un poste de maîtresse d'internat à Brest, parce que je n'avais que la première partie, malgré tout."

T94 - "C'est ce que vous m'avez dit dans la première partie de l'entretien".

L94 - "Je n'avais que ma première partie, j'ai eu un poste quand même. Cette première année, ça a été très très fatigant pour moi. J'ai préparé, j'allais au cours dans la journée et j'étais maîtresse d'internat la nuit. C'était vraiment fatigant, d'autant plus que je n'assistais pas à tous les cours... J'étais navrée de ne pas pouvoir préparer correctement mon examen; et là je commençais à avoir déjà des moments de dépression, je pleurais assez facilement"..

T95 - "Au fond, tout cela vous navrait énormément."

L95 -"Oui, ça me navrait énormément...".

T96 -"Mais enfin, on peut quand même penser que tout n'est pas fichu, puisqu'il y a quand même une possibilité de s'en sortir, et vous avez vous-même vu qu'avec un traitement adéquat ça pourrait, je pense, se faire."

L96 - "Je pense, oui...".

C O N C L U S I O N S

Le climat psychologique de l'entretien dépend de la conjonction de l'attitude du thérapeute et de l'atmosphère de chaleur et de sécurité qui en résulte.

Cette attitude, pour permettre une relation thérapeutique optimale, ne semble pas devoir être du domaine de l'initiative, mais de l'accueil permettant permissivité et compréhension. Elle suscite chez le malade, détente, baisse de l'angoisse, en respestant ses défenses.

Au cours de l'entretien, le thérapeute est perçu de diverses façons. En effet, il apparaît d'abord comme un personnage stéréotypé, puis se fait jour la perception de l'attitude compréhensive à laquelle le malade tentera de se réajuster tout au long de son dialogue qui n'est, au fond, du fait de la réponse-reflet du thérapeute, qu'un monologue.

C'est dans l'intervalle séparant ces deux moments que se font jour les manifestations psychopathiques. Elles s'expriment au niveau des langages du malade : verbal et non verbal. Tout ce qui est dit et même ce qui n'est pas dit a un sens.

L'activité du thérapeute devient recherche de sens, décodage du message, déchiffrage des langages. C'est dire la nécessité de l'analyse du contenu de la communication qui permet d'éclairer les attitudes, habitudes et motivations du malade.

C'est répéter l'importance primordiale de l'attitude du thérapeute comme primum movens auquel réagit le malade, et qui est en soi déjà thérapeutique.

Instrument essentiel d'ouverture sur l'autre, l'entretien devient connaissance possible induisant la re-connaissance de l'autre dans la mutualité de l'inter-humain.

L'entretien thérapeutique devient entretien éducatif et débouche sur l'authenticité vécue et partagée.

VU & PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur
de l'Académie de Paris,

J. ROCHE

Le Doyen de la Faculté
de Médecine,

G. BROUET

Le Président
de la thèse,

P. PICHOT

B I B L I O G R A P H I E

AMADO-LEVY-VALENSI - Pour une psychopathologie des dialogues quotidiens.- Bulletin de Psycho., nº 184, T. 14, Novembre 1960.

- Le dialogue psychanalytique. P.U.F.-

ANCELIN-SCHUTZENBERGER - L'évolution de la relation Aidant-Aidé.- Information psychiatrique, Octobre 1965, Nº 8.

A.R.I.P. - 1964 - Psychologie sociale et pédagogique, Epi, Paris.

BALINT - Le médecin, le malade et la maladie.- P.U.F.

BAYET - L'examen psycho-somatique.- E.M.C.-

BENVENISTE - Le langage.

BONNAFE- Le personnage du psychiatre, Nº 1 et 2.
- L'évolution psychiatrique.
- La raison, Nº 27.

BUBER - La vie en dialogue.- Aubier, Editions Montaigne.

BUYTENDIJK - Phénoménologie de la rencontre.- Editions Desclée de Brouwer.

CHANOIT et BAILLY-SALIN - L'examen du malade mental.- E.M.C.-

DELAY et PICHOT - Abrégé de Psychologie à l'usage de l'étudiant.- Masson, 1962.

DEUTCH - The Associative Anamnesis.- Psycho-analysis Quaterly, 39.

ECK - L'utilisation des données analytiques en psychothérapie courante. La psychothérapie d'inspiration analytique.- Rapport au Congrès neurologique de Langue française, 58e session, Lille.

ELLENBERGER - Analyse existentielle.- Encyclopédie médico-chirurgicale.

FIDLER - The concept of an ideal therapeutic relationship.- J. of Consulting Psychology, 1950, 14.

FILLOUX - Carl Rogers, le non-directivisme et les relations humaines.- Bull. psycho., 1963, 321-325.

GANTHERET et coll.- Mise en cause de l'interrogatoire dans le cadre de la psychothérapie institutionnelle.- Rapport au 5e Colloque de Psychologie médicale, Bruxelles, 1962.

HELD - L'interrogatoire psycho-somatique.- Entretiens de Bichat, 1958.

JASPERS - Psycho-pathologie générale.- P.U.F.-

LACAN - Le champ de la parole. La lettre.

MASSON -

MAYER-GROSS - Examination of the psychiatric patients.-

MINKOWSKI - Phénoménologie et analyse existentielle. Evolution psychiatrique, 48/II. Hommage à E. Minkowski. Masson, 1966.

OULES - Le psychiatre dans la société.- Privas, 1965.

PAGES - La psychothérapie non directive de Carl Rogers. E.M.C., T. 3.

- Note sur la vie affective des petits groupes.- Bull. de Psycho., 214, 216, 326, 335.

PAGES Max - L'orientation non directive en psychologie et psychothérapie.- Dunod.

PALMADE (J.) - Les études de motivations.- Encyclopédie de Psychologie.

PITTINGER-HOCKETT-DANELY - The five first minutes of the interview.- Martineon, N.Y., 1960.

ROELENS - Réflexions sur le travail relationnel en milieu psychiatrique.- Inf. psychiatrique, Novembre 1965, N° 9.

LA PSYCHANALYSE - Vol. 1, 2, 3.

ROGERS (Carl) - La communication : blocage et facilitation.- Hommes et Techniques, N° 169.

- Conditions nécessaires et suffisantes d'un changement de personnalité en psychothérapie.- Hommes et Techniques, 169.

- La relation thérapeutique ; les bases, son efficacité.- Bulletin de Psycho.-, 17, 1, 9.

- Devenir une personne.- Trad. E.L. Herbert. Dunod, Paris.

- Counseling and psychotherapy.- Boston, Houghton, Mifflin, 1942.

ROGERS et KINGET - Psychothérapie et relations humaines.- Paris, Nauwelaerts, 1962.

SIVADON et GANTHERET - La rééducation corporelle des fonctions mentales.- Editions des Sciences Humaines Appliquées.

STOEZEL - La société et le médecin.- Bulletin de Psycho., XII, 15.

VAN DEN BERG - Bref exposé sur la position phénoménologique en psychiatrie.- Evolution psychiatrique, 47/II.